Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA direct debit mandate

previsión médica seguros

C/Callejones del Perchel, 4. 29002 Málaga
Tel. Málaga 952 216 522 / Córdoba 957 471 318
malaga@asssa.es / cordoba@asssa.es
previsionmedica.com

ASSSA seguros

A rellenar por el Tomador *To be completed by the Bank Account Holder*

Nombre del Tomador/es *Bank Account Holder's name*	
Dirección del Tomador *Address of the Bank Account Holder*	
Código postal - Población - Provincia *Postal Code - City - Town*	
País *Country*	
Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) *Swift BIC (up to 8 or 11 characters)*	

Número de cuenta - IBAN (En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES)
Account number - IBAN (Spanish IBAN of 24 positions always starting with ES)

Tipo de pago */ Type of payment* ☑ Pago recurrente */ Recurrent payment*

A rellenar por la Compañía *To be completed by the Company*

Referencia de la orden de domiciliación *Mandate reference*	
Identificador de la Compañía *Company Identifier*	ES34000A28005312
Nombre de la Compañía *Company name*	AGRUPACIÓN SANITARIA SEGUROS, S.A.
Dirección *Address*	Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo.
Código postal - Población - Provincia *Postal Code - City - Town*	03004 Alicante
País *Country*	España

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, se informa al Tomador que con su firma autoriza expresamente a ASSSA para que trate sus datos personales con el fin de gestionar la relación empresa-cliente. Los datos se conservarán durante el plazo que dure la relación contractual.

Asimismo, los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal y no se efectuarán transferencias internacionales ni creación de perfiles con los mismos.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el Tomador autoriza a ASSSA a enviar instrucciones a la entidad del Tomador para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de la Compañía.

Como parte de sus derechos, el Tomador está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta.

Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera. El órgano responsable del tratamiento es Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., siendo la dirección dónde se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación o portabilidad, así como revocación del consentimiento en Av. Alfonso X El Sabio, 14 – Entlo. 03004 Alicante, aportando su DNI o documento identificador equivalente.

Igualmente, podrá presentar una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.

In accordance with the current regulations in regards to Data Protection matters, the Holder is informed that his/her signature on this document expressly authorises ASSSA to process his/her personal data, required for the maintenance of the relationship between the Company and its clients. Your personal data will be kept for the duration of the contractual relationship.

Otherwise, your personal data won´t be transfer to recipients outside the European Union neither we will use your personal data to creation of a profile.

By signing this mandate form, the Holder authorises ASSSA to send instructions to his/her bank to debit his/her account and the bank to debit his/her account in accordance with the instructions from the Company.

As part of his/her rights, the Holder is entitled to a refund from the bank under the terms and conditions of the established agreement with the bank. The refund request must be claimed within eight weeks starting from the date on which the account was debited.

These rights are explained in a statement that the Holder can obtain from the bank. Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., is the responsible entity for the treatment of these data, and the Holder may exercise his/her rights of access, to rectification, to erasure, to object, to restrict processing or to data portability, as well as to revocate of consent, at the address indicated below: Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante. attaching a copy of your ID or equivalent identification document.

If you consider that your rights have been violated, you can always submit a claim to the competent control authority, in this case, before the Spanish Agency for Data Protection.

Fecha – Localidad ***/ Date - location in which you are signing*** _____

Firma del Tomador ***/ Signature of the Bank Account Holder***

Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación debe ser enviada a la Compañía para su custodia.

All gaps are mandatory. Once this mandate has been signed must be sent to the Company for storage.